

MASYARAKAT YANG SEHAT SECARA MENTAL: RESPON TERHADAP KEBUTUHAN LANSIA DENGAN ISU KESEHATAN MENTAL

Aan Muzayanah

Mahasiswa Pascasarjana, Jurusan Ilmu Psikologi
Universitas Muhammadiyah Malang
aan.muzayanah@yahoo.com

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi bagaimana faktor-faktor penentu kesehatan seperti jaringan dukungan sosial dan aspek lingkungan fisik berkontribusi secara sehat terhadap mental masyarakat terlebih untuk manula. Banyaknya penyakit yang berhubungan dengan lansia semakin berkembang, seperti beragam penyakit mental, termasuk gangguan suasana hati, kecemasan, gangguan psikotik, dan di samping itu terdapat berbagai macam komplikasi emosi, perilaku, dan kognitif. Berbagai penyakit otak seperti Alzheimer, stroke, dan Parkinson. Jadi pada dasarnya semua lansia berhak dan layak untuk menerima layanan dan perawatan yang mempromosikan kesehatan mental mereka dan menanggapi kebutuhan penyakit mental mereka.

Kata kunci: kesehatan mental, penyakit, lansia.

Abstract

This study aims to explore how the determinants of health such as social support networks and assessing the physical environment contribute to mentally healthy people especially for seniors. The number of diseases associated with growing older, such as a variety of mental illnesses, including mood disorders, anxiety, psychotic disorders, and in addition there are various complications emotional, behavioral, and cognitive. A variety of brain diseases such as Alzheimer's, stroke and Parkinson's. So basically all the elderly are entitled and eligible to receive the care and services that promote mental health and respond to the needs of their mental illness.

Keyword: mental health, disease, elderly.

Masyarakat di Canada saat ini “beruban” dengan mereka yang berusia 65 dan lebih tua merupakan salah satu kelompok populasi yang paling cepat berkembang. Tumbuhnya generasi *baby boom*, ditambah dengan imigrasi dan kemajuan teknologi, jumlah lansia di Canada meningkat menjadi 6,9 juta orang lebih tua dari usia 65 di tahun 2021.

Banyak penyakit yang dihubungkan dengan lansia semakin berkembang, seperti menderita beragam penyakit mental, termasuk gangguan suasana hati, kecemasan, gangguan psikotik, dan di samping itu terdapat berbagai macam komplikasi emosi, perilaku, dan kognitif. Berbagai penyakit otak seperti Alzheimer, stroke, dan Parkinson.

Beberapa penelitian melaporkan bahwa dalam rumah jompo di Canada 80%-90% dari penduduknya hidup dengan penyakit mental atau beberapa ketidakseimbangan kognitif. Psikologis yang signifikan bahkan telah meramalkan bahwa depresi akan menjadi faktor kedua terhadap beban penyakit dunia di tahun 2020.

Oleh sebab fakta-fakta yang tersebut di atas, maka koalisi Canada mendirikan kesehatan mental untuk lansia (Canadian Coalition for Seniors' Mental Health/CCSMH) tahun 2002, dengan tujuan untuk "mempromosikan kesehatan mental manula dengan menghubungkan orang-orang, ide-ide dan sumber daya." Canada memahami bahwa penyakit mental bukanlah konsekuensi normal penuaan. Jadi pada dasarnya semua lansia berhak dan layak untuk menerima layanan dan perawatan yang mempromosikan kesehatan mental mereka dan menanggapi kebutuhan penyakit mental mereka. Hal ini dikarenakan banyak lansia tetap tinggal di masyarakat dan tahan terhadap perubahan yang berkaitan dengan penuaan, akan tetapi sebagian yang lainnya menghadapi tantangan dengan perubahan fisik, mental, dan sosial.

Hidup lansia yang berubah secara drastis terjadi saat mereka menghadapi kehilangan pendapatan, kematian pasangan, diagnosis penyakit fisik atau mental, keperluan untuk dirawat di rumah, hilangnya kemampuan untuk menyupir atau keharusan pindah ke rumah untuk perawatan jangka panjang.

Saling memahami perbedaan, lansia adalah kelompok yang beragam. Mereka luas dalam rentang usia, budaya, agama, etnis, status sosial ekonomi, kemampuan dan orientasi seksual dan mereka hidup dalam

berbagai komunitas, institusional, latar belakang pedesaan dan perkotaan.

Organisasi kesehatan dunia (WHO) mendefinisikan kesehatan mental sebagai status kesejahteraan dimana seorang individu menyadari kemampuan dirinya sendiri, dapat mengatasi tekanan normal kehidupan, dapat bekerja secara produktif dengan baik, dan mampu memberikan kontribusinya kepada komunitasnya. Definisi kesehatan mental sejajar dengan nilai-nilai CCSMH, dan sesuai dengan kerangka masyarakat yang sehat secara mental untuk manula.

Masyarakat Sehat Mental untuk Lanjut Usia

CCSMH menggunakan pendekatan kesehatan penduduk sebagai faktor yang berkontribusi pada kesehatan lansia dengan isu kesehatan mental. Selain itu, CCSMH mencerminkan proyek kota ramah usia dan kerangka kebijakan WHO pada lansia aktif.

Kerangka kebijakan lansia aktif di definisikan sebagai "peluang mengoptimalkan untuk kesehatan, partisipasi dan keamanan dalam rangka meningkatkan kualitas hidup seiring bertambahnya usia seseorang berdasarkan pada prinsip dasar Amerika, yang berhubungan dengan partisipasi, martabat, perawatan, kemandirian dan pemenuhan kebutuhan diri sendiri. Dengan memperhatikan pertimbangan di atas, bagan berikut menggambarkan faktor penentu kesehatan, bagaimana mereka dapat diterapkan untuk penuaan dan kesehatan mental.

Berikut ini adalah contoh program atau kebijakan yang disarankan dapat diterapkan untuk memfasilitasi penciptaan dari masyarakat yang sehat secara mental.

Menciptakan Masyarakat Sehat Mental untuk Lansia		
Penentu Kesehatan	Latar Belakang	Kebijakan dan Program yang Disarankan
Pendapatan dan status sosial	Penelitian menunjukkan bahwa kesehatan yg baik berhubungan dengan pendapatan. Banyak lansia memiliki penurunan pendapatan setelah pensiun. Demikian juga, lebih banyak perempuan dari pada laki-laki yang melaporkan beban keuangan setelah kematian pasangannya.	<ul style="list-style-type: none"> • Pemeliharaan pendapatan yang berhubungan dengan usia (Jaminan Hari Tua, jaminan tambahan penghasilan, rencana pensiun) • Program kesehatan berdasarkan usia dan pendapatan. • Meliputi manfaat pengobatan umum. • Pensiunan
Jaringan dan dukungan social	Program berbasis masyarakat atau institusi yang memberikan dukungan sosial terhadap lansia, dapat membantu untuk menjamin pemeliharaan kesehatan mental dan mencegah kelelahan.	<ul style="list-style-type: none"> • Program mengunjungi teman. • Program mendukung telepon. • Kredit pajak pensiunan dan dukungan keuangan. • Dukungan emosional untuk pengasuh. • Terlibat dalam mengambil keputusan • Bersosialisasi dan menggunakan waktu luang dengan baik.
Lingkungan social	Keamanan, lingkungan sosial yang aman dan nyaman untuk lansia. Merancang program untuk lansia dalam waktu jangka	<ul style="list-style-type: none"> • Komunitas program anti stigma serta kampanye penuaan dan kesehatan mental. • Relokasi program.

	panjang dengan fasilitas perawatan untuk meningkatkan kesehatan mental dan harga diri. Lansia dengan penyakit mental menghadapi stigma ganda: terkait dengan penuaan dan penyakit mental.	<ul style="list-style-type: none"> • Lingkungan yang mendukung.
Lingkungan fisik	Lingkungan fisik mencakup keduanya baik lingkungan dari dalam maupun dari luar. Untuk lansia, penurunan sensorik yang berhubungan dengan usia dan potensi gangguan kognitif akan relevan dengan pola masyarakat.	<ul style="list-style-type: none"> • Lingkungan yang bebas hambatan. • Disain lingkungan yang memenuhi kebutuhan sesuai usia. • Transportasi yang tepat. • Pelayanan kesehatan mental di rumah. • Subsidi untuk renovasi rumah diperlukan untuk kesehatan dan kesejahteraan lansia yang tinggal di rumah mereka. • Aman dari penyalahgunaan.
Praktek Kesehatan individu dan kemampuan untuk menghadapi masalah	Praktek kesehatan individu dan kemampuan untuk menghadapi stres dapat bekerjasama dengan lansia yang hidup dengan penyakit mental. Menyediakan kampanye kesehatan umum yang relevan dan dapat diakses lansia untuk membantu dalam mempertahankan	<ul style="list-style-type: none"> • Kampanye umum terbuka tentang kesehatan masyarakat, seperti vaksinasi influenza merupakan perawatan jangka panjang masyarakat pensiunan. • Menawarkan Konseling dan kemampuan individu sebelum masa perpindahan (pada diagnosis penyakit, setelah kematian pasangan, dll)

	kesejahteraan di masyarakat.	
Akses layanan kesehatan	Kerjasama layanan kesehatan, termasuk layanan kesehatan mental tertentu, sangat penting dalam menjaga kesehatan dan kesejahteraan.	<ul style="list-style-type: none"> • Pengobatan rutin diberikan oleh dokter. • Peningkatan pendanaan bagi yang mengkhuskan diri dalam pelayanan kesehatan geriatri. • Dimasukkannya kesehatan mental dalam daftar layanan perawatan di rumah. • Akses ke dokter untuk perawatan dasar.

Meskipun tidak ada contoh yang menentukan untuk menciptakan masyarakat yang sehat secara mental, mempertimbangkan faktor-faktor penentu kesehatan dapat membantu seseorang untuk memastikan dan mempertimbangkan dari perspektif holistik. Selain itu, masyarakat yang sehat mental idealnya mencoba untuk mengintegrasikan konsep yang fleksibel, merdeka, bermartabat, dan ikut serta dalam pendekatan sebagai lansia yang terlibat dalam program layanan masyarakat. Penting untuk dicatat bahwa terdapat individu yang beragam dan masyarakat yang berbeda ketika mengembangkan program dan kebijakan yang mempengaruhi lansia.

Masyarakat Sehat Mental untuk Lanjut Usia: Daerah Potensial untuk Pengembangan

Mengidentifikasi konsep masyarakat yang sehat secara mental adalah langkah pertama untuk memperbaiki kesehatan

penduduk untuk manula. Untuk memenuhi kebutuhan masyarakat ramah usia dan sehat secara mental, harus memiliki komitmen dan menciptakan hubungan kemitraan antara pemerintah dengan lembaga yang ada di masyarakat menjadi kunci utama untuk suksesnya kepentingan yang ada sebagai berikut.

1. Lansia, keluarga dan pengasuh (dibayar dan tidak dibayar).
2. Perencana kebijakan dan para pengambil keputusan pemerintah (lokal, provinsi, wilayah dan federal).
3. Administrator sukarela, masyarakat dan organisasi pelayanan kesehatan.
4. Psikiater, dokter, profesional kesehatan mental, praktisi kesehatan, dan lembaga masyarakat, pendidikan dan penelitian.
5. Organisasi non pemerintah, kelompok pengacara, kelompok lansia, kesehatan mental kelompok, dan media.

Melalui pembentukan kemitraan, eksplorasi lebih lanjut atau studi khusus untuk manula dan komunitas kesehatan mental masyarakat yang sehat dengan hasil yang diidentifikasi akan memberikan manfaat.

Kesimpulan

Penyakit mental bukanlah konsekuensi normal dari penuaan. Menurut CCSMH semua lansia berhak dan layak untuk mendapatkan pelayanan dan perawatan yang mempromosikan kesehatan mental dan menanggapi kebutuhan penyakit mental mereka. Mengakui perbedaan di antara orang-orang yang lebih tua, mempromosikan keterbukaan dan mengantisipasi, menanggapi kebutuhan sosial, lingkungan, fisik, kesehatan, dan kebutuhan lansia berdasarkan penghasilan mereka tampaknya menjadi dasar untuk

mengembangkan mental yang sehat di masyarakat.

Saran

Pertumbuhan lansia di Canada yang semakin berkembang disebabkan oleh imigrasi (perpindahan penduduk dari suatu tempat / negara ke tempat lainnya), dengan adanya kemajuan teknologi, maka segala sesuatunya mudah di dapat, sehingga dapat memperpanjang usia seseorang. Tidak semua lansia memiliki masalah kesehatan mental. Lansia yang ada di masing-masing negara berbeda cara penanganannya, misalnya di Canada lansia hidup sendiri dan mandiri tanpa bantuan anak, dan saudaranya, ditambah dengan kondisi rumah satu dengan yang lain jaraknya berjauhan. Oleh sebab itu, mereka butuh perhatian dan bantuan dari pemerintah dan organisasi untuk mengantisipasi hal-hal yang tidak diinginkan terjadi pada lansia.

Berbeda dengan lansia yang ada di Indonesia yang memiliki budaya orang timur yang masih membantu merawat “orangtuanya” sebagai bentuk balas budi terhadap orangtua. Pemerintah Canada memberikan perhatian dan dukungan penuh kepada para lansia dengan cara bermitra dengan lembaga-lembaga yang ada di masyarakat. Fasilitas-fasilitas untuk lansia juga diatur sedemikian rupa untuk memberikan pelayanan yang terbaik kepada masyarakat. Hal ini sangat berbeda jauh dengan bangsa kita yang kurang memiliki perhatian kepada masyarakatnya (dari fasilitas umum yang kurang memadai, hingga pelayanan kesehatan yang kurang memuaskan). Sehingga di butuhkan kerjasama yang baik antara pemerintah beserta lembaga-

lembaga masyarakat yang ada, seperti yang sudah dilakukan oleh Canada.

Orientasi nilai budaya yang juga berakar pada kebudayaan agraris ditambah dengan keadaan yang diakibatkan oleh kemiskinan, adalah sikap hidup yang terlalu menggantungkan diri pada nasib. Menurut Koentjaraningrat (1993:4), apabila kita menginginkan peningkatan kemakmuran melalui jalur industrialisasi, maka orientasi nilai budaya atau mentalitas seperti itulah, yang sangat perlu diubah atau digeser menjadi mentalitas yang lebih aktif.

Palmer and Laungani (2008: 97-109) mengajukan tiga model konseling lintas budaya, yakni (1) *culture centred model*, (2) *integrative model*, dan (3) *ethnomedical model*.

a. Model Berpusat pada Budaya (Culture Centred Model)

Palmer and Laungani (2008) berpendapat bahwa budaya-budaya barat menekankan individualisme, kognitifisme, bebas, dan materialisme, sedangkan budaya timur menekankan *komunalisme*, *emosionalisme*, *determinisme*, dan *spiritualisme*. Konsep-konsep ini bersifat kontinum tidak dikotomis. Pengajuan model berpusat pada budaya didasarkan pada suatu kerangka pikir (*framework*) korespondensi budaya konselor dan konseli. Diyakini, sering kali terjadi ketidakcocokan antara asumsi konselor dengan kelompok-kelompok konseli tentang budaya, bahkan dalam budayanya sendiri. Konseli tidak mengerti keyakinan-keyakinan budaya yang paling mendasar, demikian pula konselor tidak memahami keyakinan-keyakinan budaya konselinya. Atau bahkan keduanya tidak memahami

dan tidak mau berbagi keyakinan-keyakinan budaya mereka.

Oleh sebab itu pada model ini budaya menjadi pusat perhatian. Artinya, fokus utama model ini adalah pemahaman yang tepat atas nilai-nilai budaya yang telah menjadi keyakinan dan menjadi pola perilaku individu. Dalam konseling ini penemuan dan pemahaman konselor dan konseli terhadap akar budaya menjadi sangat penting. Dengan cara ini mereka dapat mengevaluasi diri masing-masing sehingga terjadi pemahaman terhadap identitas dan keunikan cara pandang masing-masing.

b. Model Integratif (*Integrative Model*)

Berdasarkan uji coba model terhadap orang kulit hitam Amerika, Jones (Palmer and Laungani, 2008) merumuskan empat kelas variabel sebagai suatu panduan konseptual dalam konseling model integratif, yakni sebagai berikut.

1. Reaksi terhadap tekanan-tekanan rasial (*reactions to racial oppression*).
2. Pengaruh budaya mayoritas (*influence of the majority culture*).
3. Pengaruh budaya tradisional (*influence of traditional culture*).
4. Pengalaman dan anugerah individu dan keluarga (*individual and family experiences and endowments*).

Menurut Jones (Palmer and Laungani, 2008), pada kenyataannya sungguh sulit untuk memisahkan pengaruh semua kelas variabel tersebut. Menurutnya, yang menjadi kunci keberhasilan konseling adalah asesmen yang tepat terhadap pengalaman-pengalaman budaya tradisional sebagai suatu sumber perkembangan pribadi. Budaya tradisional

yang dimaksud adalah segala pengalaman yang memfasilitasi individu berkembang dengan baik secara disadari ataupun tidak. Yang tidak disadari termasuk apa yang diungkapkan oleh Jung (1972) dengan istilah *collective unconscious* (ketidaksadaran kolektif), yakni nilai-nilai budaya yang diturunkan dari generasi ke generasi. Oleh sebab itu kekuatan model konseling ini terletak pada kemampuan mengakses nilai-nilai budaya tradisional yang dimiliki individu.

c. Model Etnomedikal (*Ethnomedical Model*)

Model etnomedikal pertama kali diajukan oleh Ahmed dan Fraser (1979) yang dalam perkembangannya di lanjutkan oleh Alladin (1993). Model ini merupakan alat konseling transkultural yang berorientasi pada paradigma memfasilitasi dialog terapeutik dan peningkatan sensitivitas transkultural. Pada model ini menempatkan individu dalam konsepsi sakit dalam budaya dengan model dimensional sebagai kerangka pikirnya.

1) Konsepsi sakit (*sickness conception*)

Seseorang dikatakan sakit apa bila:

- a. Melakukan penyimpangan norma-norma budaya
- b. Melanggar batas-batas keyakinan agama dan berdosa
- c. Melakukan pelanggaran hukum
- d. Mengalami masalah interpersonal

2) *Causal/ healing beliefs* (kepercayaan yang bisa menyembuhkan)

- a. Menjelaskan model healing yang dilakukan dalam konseling
- b. Mengembangkan pendekatan yang cocok dengan keyakinan konseli

- c. Menjadikan keyakinan konseli sebagai hal familiar bagi konselor
 - d. Menunjukkan bahwa semua orang dari berbagai budaya perlu berbagi (share) tentang keyakinan yang sama
- 3) Kriteria sehat (*wellbeing criteria*)
- Pribadi yang sehat adalah seseorang yang harmonis antara dirinya sendiri dengan alamnya. Artinya, fungsi-fungsi pribadinya adaptif dan secara penuh dapat melakukan aturan-aturan sosial dalam komunitasnya.
- a. Mampu menentukan sehat dan sakit
 - b. Memahami permasalahan sesuai dengan konteks
 - c. Mampu memecahkan ketidakberfungsian interpersonal
 - d. Menyadari dan memahami budayanya sendiri
- 4) *Body function beliefs*
- a. Perspektif budaya berkembang dalam kerangka pikir lebih bermakna
 - b. Sosial dan okupasi konseli semakin membaik dalam kehidupan sehari-hari
 - c. Muncul intrapsikis yang efektif pada diri konseli
- 5) *Health practice efficacy beliefs*
- Hal ini merupakan implementasi pemecahan masalah dengan pengarahan atas keyakinan-keyakinan yang sehat dari konseli.

DAFTAR PUSTAKA

- B. K. Haight, Y. Michel and S. Hendrix. (2000). The Extended Effects of the Life Review in Nursing Home Residents. *International Journal of Aging & Human Development* 50, 2: pp. 151–168.
- B. W. Rovner et al. (1990). The Prevalence and Management of Dementia and Other Psychiatric Disorders in Nursing Homes. *International Psychogeriatrics* 2, 1: pp. 13–24.
- D. Carr, R. Nesse and C. B. Wortman, eds. (2005). *Spousal Bereavement in Late Life* New York, New York: Springer Publishing Company.
- Health Canada. (2008). *Division of Aging and Seniors, Canada's Seniors at a Glance*, cited 10 January.
- Koentjaraningrat. (1993). "Manusia Indonesia Bermutu." *Kompas*, Kamis-Jumat, 19-20 Agustus, halaman 4 dan 5.
- Malach, Iman, Wilson, Kimberley & Herman, Michelle. (2008). *Mentally Healthy Communities; Responding to The Needs of Seniors with Mental Health Issues*. Canadian Institute for Health Information.
- Palmer, Stephen & Laungani, Pittu. (2008). *Counseling in a Multicultural Society*. London: Sage Publisher.
- R. Schulz et al. (1995). Psychiatric and Physical Morbidity Effects of Alzheimer's Disease Caregiving: Prevalence, Correlates, and Causes. *The Gerontologist* 35: pp. 771–791.

World Health Organization, Depression. (2008). cited 31 January.

World Health Organization. (2008). *Mental Health: Strengthening Mental Health Promotion*, cited 10 January.

World Health Organization. (2008). Age-Friendly Cities Project. Cited 10 January.

World Health Organization. (2002). *Active Ageing—A Policy Framework* (Geneva, Switzerland: WHO). 8. Direction de la Santé Publique: Direction de la Santé Publique : Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre, Annual Report on the Health of the Population—Social Inequalities in Health (Montreal, Que.: Direction de la Santé Publique: Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux, 1998).